第１版　平成１９年７月１日

【有床診療所】

医療安全管理指針

(参考マニュアル)

１．医療安全管理指針　必携
２．院内感染対策総論
３．院内感染対策指針・マニュアル　必携
４．ＭＲＳＡ院内感染対策マニュアル　(必携)
５．医薬品の安全使用のための業務に関する手順書　必携
６．医療安全管理対策マニュアル
・輸　血　・輸　液　・薬剤投与　・検　査
・感　染　・医療機器　・外　来　・病　棟
・褥　瘡　・給　食　・清　掃

平成１９年７月

豊田加茂医師会医院

１．総 則

１－１基本理念

本医院は、患者が安心して安全な医療を受けられる環境を整え、良質な医療を提供することを通じて、地域社会に貢献することを目的としている。

この目的を達成するため、院長のリーダーシップのもとに、全職員が一丸となって、医療安全に対する意識を高めるとともに、個人と組織の両面から事故を未然に回避しうる能力を強固なものにすることが必要である。これらの取り組みを明確なものとし、本医院における医療の安全管理、医療事故防止の徹底を図るため、ここに沢田内科医院医療安全管理指針を定める。

１－２用語の定義

本指針で使用する主な用語の定義は、以下のとおりとする。

(1) 医療事故
　診療の過程において患者に発生した望ましくない事象医療提供者の過失の有無は問わず、不可抗力と思われる事象も含む

(2) 職員
　本医院に勤務する医師、看護師、検査技師、事務職員等あらゆる職種を含む

(3) 医療安全推進者
　医療安全管理に必要な知識および技能を有し、本医院全体の医療安全管理を中心的に担当する者（医療安全管理者と同義）であって、院長がこれを兼務する

２．医療安全管理委員会

２－１医療安全管理委員会の設置

本医院内における医療安全管理対策を総合的に企画、実施するために、医療安全管理委員会を設置する。

２－２委員の構成

医療安全管理委員会の構成は、以下の通りとする。

(1) 院長(委員会の委員長を務めるものとする)
(2) 看護部門の代表
(3) 事務部門の代表
(4) その他

２－３委員会の任務

医療安全管理委員会の主な任務は、下記のとおりとする。

(1) 医療安全管理委員会の開催(月に１回程度)
(2) 医療に係る安全管理のための報告制度等で得られた事例の検討、再発防止策の策定およびその職員への周知
(3) 院内の医療事故防止活動および医療安全管理研修の企画立案
(4) その他、安全管理のために必要な事項

２－４委員会の運営

医療安全管理委員会の運営は、以下のとおりとする。

(1) 委員会は月に１回程度、および必要に応じて開催する
(2) 本委員会は、定例とする他の委員会等とあわせて開催することができる
(3) 委員会開催後、速やかに議事の概要を作成し、２年間これを保管する

３．報告等にもとづく医療に係る安全確保を目的とした改善方策

３－１報告にもとづく情報収集

医療事故および事故になりかけた事例を検討し、本院の医療の質の改善と、事故の未然防止･再発防止に資する対策を策定するのに必要な情報を収集するために、すべての職員は以下の要領にしたがい､医療事故等の報告をおこなうものとする。

(1) 職員からの報告等

職員は、次のいずれかに該当する状況に遭遇した場合には、報告書式に定める書面により、速やかに報告するものとする｡報告は、診療録、看護記録等に基づき作成する。

①医療事故
⇒医療側の過失の有無を問わず、患者に望ましくない事象が発生した場合は、発生後直ちに、医療安全管理委員会の委員長(院長)へ報告する。

②医療事故には至らなかったが、発見、対応等が遅れれば患者に有害な影響を与えたと考えられる事例
⇒速やかに、医療安全管理委員会の委員長(院長)へ報告する。

③その他、日常診療のなかで危険と思われる状況
⇒適宜、医療安全管理委員会の委員長(院長)へ報告する。

(2) 報告された情報の取扱い

院長、その他の管理的地位にある者は、報告を行った職員に対して、これを理由として不利益な取扱いを行ってはならない。

３－２報告内容に基づく改善策の検討

医療安全管理委員会は、前項にもとづいて収集された情報を、本院の医療の質の改善に資するよう、以下の目的に活用するものとする。

(1) すでに発生した医療事故あるいは事故になりかけた事例を検討し、その再発防止対策、あるいは事故予防対策を策定し、職員に周知すること。
(2) 上記①で策定した事故防止対策が、各部門で確実に実施され、事故防止、医療の質の改善に効果を上げているかを評価すること。

４．安全管理のための指針・マニュアルの作成

院長は本指針の運用後、多くの職員の積極的な参加を得て、以下に示す具体的なマニュアル等を作成し、必要に応じ見直しを図るように努める。

マニュアル等は、作成、改変のつど、医療安全管理委員会に報告し、全ての職員に周知する。

(1) 院内感染対策指針・マニュアル

(2) 医薬品安全使用マニュアル
(3) 輸血マニュアル
(4) 褥瘡対策マニュアル
(5) その他

５．医療機器安全管理責任者の設置と医療機器保守点検計画(書式別紙)

５－１常勤の医療安全管理責任者を配置し、以下の義務を行う。

(1) 従業者に対する医療機器の安全使用のための研修の実施
(2) 医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の適切な実施
(3) 医療機器の安全使用のために必要な情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施
(4) 医療機器安全管理責任者は、医療機関が管理する全ての医療機器に係る安全管理のための体制を確保する。
(5) 医療機器安全管理責任者は、下記のいずれかの資格を有する常勤職員のうちから任命する。

５－２従業者に対する医療機器の安全使用のための研修

(1) 新たな医療機器を導入する際には、医療機器取扱い者を対象とした次に掲げる安全使用研修を行う。なお、既に使用しており、操作方法が周知されている医療機器については研修を省略しても良い。
・有効性、安全性情報、使用方法
・保守点検
・不具合等が発生した場合の対応
・使用に関して特に法令上遵守すべき事項
(2) 研修を実施した場合は、開催日（受講日）、出席者、研修項目、研修医療機器の名称、場所を記録する。

５－３医療機器の保守点検計画の策定

(1) 医療機器の添付文書又は容器若しくは被包に記載された「保守点検に関する事項」及び業者からの情報をもとに保守点検計画を立案する。
(2) 保守点検計画は、機種別に作成する。
(3) 保守点検が必要な医療機器は、次が含まれる。
①人工心肺装置及び補助循環装置
②人工呼吸器
③血液浄化装置
④除細動装置（自動体外式除細動器：AED を除く）
⑤閉鎖式保育器
⑥診療用高エネルギー放射線発生装置（直線加速器等）
⑦診療用放射線照射装置（ガンマナイフ等）
(4) 保守点検計画は、別表に沿って実施し、記録する。

５－４外部委託

(1) 外部委託を行う場合は、法第１５条の２に規定する基準を遵守し「特定保守管理医療機器」については、特定保守管理医療機器の取扱い事業者であることを確認する。

(2) 外部委託を行う場合であっても、医療安全管理責任者は、保守点検の実施状況などの記録を保存し、管理状況を把握する。

５－５医療機器の安全使用のために必要な情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施

(1) 医療安全管理責任者は、医療機器の添付文書、取扱説明書などの情報を整理し、管理する。
(2) 医療安全管理責任者は、医療機器の不具合情報や安全性情報等を製造販売業者等から一元的に収集し、得られた情報を担当者に適切に提供する。
(3) 医療安全管理責任者は、医療機器の不具合や健康被害等に関する情報収集を行い、管理者へ報告する。

５－６エックス線診察室の管理区域境界の外部放射線量測定

(1) ６ヶ月を超えない期間ごとに１回測定を実施
(2) 測定記録は５年間保存する

６．医療安全管理のための研修

６－１医療安全管理のための研修の実施

院長は、予め医療安全管理委員会において作成した研修計画にしたがい、１年に２回程度、全職員を対象とした医療安全管理のための研修を実施する。職員は、研修が実施される際には、極力、受講するよう努めなくてはならない。研修を実施した際は、その概要（開催日時、出席者、研修項目）を記録し、２年間保管する。

６－２研修の趣旨

研修は、医療安全管理の基本的な考え方、事故防止の具体的な手法等をすべての職員に周知徹底することを通じて、職員個々の安全意識の向上を図るとともに、本医院全体の医療安全を向上させることを目的とする。

６－３研修の方法

研修は、院長等の講義、院内での報告会、事例分析、外部講師を招聘しての講習、外部の講習会・研修会の伝達報告会または有益な文献等の抄読などの方法によって行う。

７．事故発生時の対応

７－１救命措置の最優先

(1) 医療側の過失によるか否かを問わず、患者に望ましくない事象が生じた場合にはまず、院長に報告するとともに、可能な限り、本医院の総力を結集して、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。
(2) 緊急時に円滑に周辺医療機関の協力を得られるよう、連携体制を日頃から確認しておく。

７－２本医院としての対応方針の決定

報告を受けた院長は、対応方針の決定に際し、必要に応じて医療安全管理委員会を緊急招集し、関係者の意見を聴くことができる。

７－３患者・家族・遺族への説明

院長は、事故発生後、救命措置の遂行に支障を来さない限り可及的速やかに、事故の状況、現在実施している回復措置、その見通し等について、患者本人、家族等に誠意をもって説明するものとする。

患者が事故により死亡した場合には､その客観的状況を速やかに遺族に説明する。また、この説明の事実・内容等を診療記録等に記入する。

８．指針の周知等

８－１本指針の周知

本指針の内容については、院長、医療安全推進者、医療安全管理委員会等を通じて、全職員に周知徹底する。

８－２本指針の見直し、改正

(1) 医療安全管理委員会は、少なくとも毎年１回以上、本指針の見直しを議事として取り上げ検討するものとする。

(2) 本指針の改正は、医療安全管理委員会の決定により行う。

８－３本指針の閲覧

本指針の内容を含め、職員は患者との情報の共有に努めるとともに、患者およびその家族等から閲覧の求めがあった場合には、これに応じるものとする。

また、本指針についての照会には医療安全推進者が対応する。

８－４患者からの相談への対応

病状や治療方針などに関する患者からの相談に対しては、担当者を決め、誠実に対応し、担当者は必要に応じ主治医、担当看護師等へ内容を報告する。

医療に係る安全管理のための
事例報告書

《診療録、看護記録等にもとづき客観的な事実を記載すること》

報 告 日＿＿＿＿年　月　日　　報告者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(支障のある場合は無記名も可)

発生日時＿＿年　月　日　時頃　発生場所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事例発生時におこなっていた医療行為

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

報告事例の態様　①手技上の不手際　②患者の転落・転倒　③機器の故障
(該当するものを○で囲む)　④記憶違い　⑤認識違い　⑥連絡漏れ
⑦その他(　　)

上記④～⑥の場合　その内容　患者・治療部位・薬剤名・投与量(　　)
患者への実際の影響　なかった　あった(　　)
発見、対応が遅れた場合に予想された結果　死亡・重篤な後遺症・要治療・軽微・不明
現在の患者の状態 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
患者・家族への説明 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
事例の具体的内容

報告書式　2

インシデント・アクシデント・レポート

年　月　日　報告

報　告　者　　氏　名　　（省略可）

担当者（上席者）　　氏　名　　役職

発生日時	年　月　日（　）　AM・PM　時　分
発生場所	□ 駐車場　□ 外階段　□ 玄　関　□ 待合室 □ 受　付　□ 診察室　□ 処置室　□ 超音波室 □ 内視鏡室　□ 放射線室　□ 健診室　□ 心電図室 □ 更衣室　□ ＣＴ室　□ 風呂場　□ トイレ □ 階　段　□ 病　室　□ 廊　下　□ デイルーム □ 事務室　□ その他（　　）
薬物	□ 点滴　□ 静注　□ 筋注　□ 皮下注　□ 皮内注 □ 経口　□ 外用　□ 麻薬　□ その他（　　）
内容	□ 処方・指示ミス　□ カルテ記入ミス　□ 誤調剤 □ 投与量　□ 投与薬　□ 投与時間 □ 投与方法　□ 投与忘れ　□ 人違い □ 飲み忘れ・飲み違い　□ 点滴もれ　□ 点滴忘れ □ 点滴速度　□ 点滴順番　□ 神経損傷 □ 感　染　□ 副作用 □ 機器の操作ミス　□ その他（　　）
検査	□ 生　検　□ Ｘ　線　□ Ｃ　Ｔ □ ＭＲＩ　□ 内視鏡　□ 採血・採尿 □ 超音波　□ その他（　　）
内容	□ 人違い　□ 部位違い　□ 操作ミス □ 実施忘れ　□ 損　傷 □ 器具・設備不具合　□ その他（　　）
□ 自己抜去 □ 事故抜去	□ 点　滴　□ その他（　　）

発生内容	
□ 転　倒 □ 転　落 □ その他	□ 診察時　□ 検査時 □ 自力歩行　□ 補装具歩行　□ 車椅子　□ ストレッチャー □ その他　（　　）
接　　遇	□ 診　察　拒　否　□ 診療中トラブル　□ 盗難・紛失 □ 電話応対トラブル　□ 窓口応対トラブル □ 患者間トラブル　□ 無断離院　□ 禁止品持ち込み □ 暴　言　□ 暴　行　□ 自　傷 □ 自殺・自殺未遂　□ 訪問者による乱暴 □ 院内器具設備の破壊 □ その他　（　　）
食　　事	□ 遅配膳　□ 誤配膳　□ 未配膳 □ 誤指示　□ 異物混入　□ 食中毒 □ 食物・飲み物を来院者にこぼした　□ 窒息・誤嚥 □ その他　（　　）
生命危険度	□ ない　□ 低い　□ 可能性あり　□ 高い　□ 極めて高い □ 死亡　□ その他　（　　）
患者信頼度	□ 損なわない　□ 余り損なわない　□ 少し損なう □ 大きく損なう　□ その他　（　　）

レポート詳細

《診療録、看護記録等にもとづく客観的な事実を記載すること》

医療機器の保守点検計画・記録表

1　基本的事項

医療機器名	
設置・保管場所	
製造販売業者名（連絡先）	
形式、型番、購入年	

2　保守点検計画

保守点検の予定	時期、間隔	
	条　　件	

3　保守点検の記録

①実施年月日

②保守点検の概要

③保守点検者名

4　修理の記録

①修理年月日

②修理の概要

③修理担当者名

医療機器の保守点検計画・実施一覧

医療機器の名称	保守点検の時期、間隔	保守点検実施日	修理実施日

※　一覧表はなくても結構です。

初版　平成１９年７月１日

【有床診療所】

院内感染対策総論

平成１９年７月

○○○○医院

院内感染とは、病院内で微生物により惹起された感染症である。病院外で微生物によって惹起された市中感染症（潜伏期を含む）とは区別される。院内感染は患者のみならず、医療従事者、訪問者にも適用される。

≪院内感染の予防対策≫

「標準感染予防策」と「感染経路別予防策」という、２つの方法から成り立つ。標準的予防策はすべての患者に対して適用される普遍的予防策であり、感染経路別予防策は感染力が強く標準的感染予防策で不十分な感染症に対し感染経路の遮断を目的として標準感染予防策に追加される予防策である。

１．標準予防策 universal precaution

すべての患者の血液、体液、分泌物、排泄物は感染の危険があると見なす考え方である。基本的に湿性生体物質に触れたら手を洗うことである。また、それに触れそうな時は、手袋、マスク、エプロンなどのバリアプレコーションを着用してケアをすることであり、リキャップしないなどの針刺し防止法も標準予防策に含まれる。

(1) 手洗い
体液などに触れた後、手袋を外した後、患者接触の間に普通の石鹸を使って行う

(2) 手袋
体液などに触る時、粘膜や傷のある皮膚に触る時、非汚染物に触る前に手袋をつけ他の患者の所に行く時は外して手洗いをする

(3) マスク
体液などが飛び散って、目、鼻、口を汚染しそうな時にはマスクをつける

(4) ガウン（プラスチックエプロン）
衣服が汚染しそうな時にはガウンをつけ、汚れたガウンはすぐに脱ぎ、手洗いをする

(5) 器具
汚染した器具は、粘膜、衣服、環境などを汚染しないように注意深く取り扱う

(6) リネン
汚染されたリネンは粘膜、衣服、他の患者や環境を汚染しないように取り扱う

(7) 患者配置
環境を汚染させるおそれのある患者は個室に入れる

(8) その他
針刺し事故対策、毎日の清掃も標準予防策に含まれる

２．感染経路別予防策

これは「感染経路を遮断する」という CDC の伝統的な考え方に基づくものである。感染症の成立には、**感染源患者、感染経路、感受性患者**の３つの因子が必要である。この３つの因子に対して、感染源対策、感染経路対策、感受性患者対策がとられるが、CDC では、感染経路の遮断を最も第一義的なものとしている。

感染経路別予防策を追加するべき疾患は以下の通りである。

２－１感染経路

(1) 空気感染（飛沫核感染）

粒径５μｍ以下の粒子に付着した微生物による感染経路。長時間空気中に浮遊しており、空調的対策が必要である。要点は、

①空調設備のある個室に隔離すること、

②医療者はN95 マスクを着用する、２つである.

結核、麻疹、水痘

(2) 飛沫感染

咳、くしゃみなどによって生じる５μｍ以上の飛沫によっておこる感染経路。短い距離を飛び、宿主の結膜、鼻腔粘膜、口腔粘膜に沈着して感染する。飛沫は空中に浮遊し続けることはないので空調的対策は必要とせず､空気感染とは一線を画する。要点は、サージカルマスクを着用することである。個室隔離も推奨されているが、利用できない時は患者同士を１ｍ以上離せばよいとなっている。

インフルエンザウィルス、ジフテリア、マイコプラズマ肺炎、百日咳、流行性耳下腺炎、溶連菌性咽頭炎、アデノウィルス、風疹など

(3) 接触感染

感染源に直接接触した手や体によって起こる直接接触感染経路と､汚染された媒介無生物（器具、リネンなど）を介して起こる間接接触感染経路とがある。要点は、患者をケアする時に、手袋とプラスチックエプロンを着用することである。布製ガウンは防水性ではないので､湿性生体物質の接触感染防止策としては推奨されない。間接接触予防策として、聴診器、血圧計、体温計などをできるだけ専用化する。

ＭＲＳＡ、腸管出血性大腸菌Ｏ－１５７、赤痢、緑膿菌、Ａ型肝炎ウィルス、単純ヘルペス、ロタウィルス、ＲＳウィルス、ダニ（疥癬）など

初版　平成１９年7月1日

【有床診療所】

院内感染対策指針

マニュアル

平成１９年7月

○○○○医院

院内感染対策指針

当院における医療安全管理対策を進めるため、本指針を定める。

第１条　院内感染対策に関する基本的な考え方

院内感染の防止に留意し、感染等発生の際にはその原因の速やかな特定、制圧、終息を図ることは、医療提供施設にとって重要である。院内感染防止対策を全従業員が把握し、指針に則った医療が提供できるよう、本指針を作成するものである。

第２条　院内感染対策委員会の設置

(1) 院長を議長とし、各専門職代表を構成員として組織する院内感染対策委員会（以下、対策委員会）を設け、毎月１回定期的に行い、院内感染対策を行う。緊急時は、臨時会議を開催する。

(2) 対策委員会は、次の内容の協議・推進を行う。

①院内感染対策指針及びマニュアルの作成・見直し

②院内感染対策に関する資料の収集と職員への周知

③職員研修の企画

④異常な感染症が発生した場合は、速やかに発生の原因を究明し、改善策を立案し、実施するために全職員への周知徹底を図る。

⑤患者の疑問、不安等の日常的な把握に関する事項

(3) 委員は、職種・職位等にかかわらず、院内感染の防止に関して自由に発言できる。

(4) 委員はその職務に関して知りえた事項のうち、一般的な院内感染防止対策以外のものは委員会及び院長の許可なく、院外の第三者に公開してはならない。

(5) 下記に掲げる者を診断したときは、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」により、７日以内に保健所長を通じて都道府県知事へ届出る。

①一類感染症、二類感染症、三類感染症又は四類感染症の患者又は無症状病原体保有者及び新感染症にかかっていると疑われる者

②五類感染症のうち、後天性免疫不全症候群、梅毒、その他厚生労働省令で定めるものの患者（後天性免疫不全症候群、梅毒その他厚生労働省令で定める感染症の無症状病原体保有者を含む。）

第３条　職員研修

(1) 院内感染防止対策の基本的考え方及び具体的方策について職員に周知徹底を図ることを目的に実施する。

(2) 職員研修は、就職時の初期研修１回のほか、年２回全職員を対象に開催する。また、必要に応じて随時開催する。

(3) 研修の開催結果又は外部研修の参加実績を記録・保存する。

第４条　院内感染発生時の対応

(1) ＭＲＳＡ等の感染を防止するため、「感染情報レポート」を週１回程度作成し、スタッフの情報提供を図るとともに、院内感染防止対策委員会で再確認等して活用する。

(2) 異常発生時は、その状況及び患者への対応等を院長に報告する。対策委員会を開催し、速やかに発生の原因を究明し、改善策を立案し、実施するために全職員への周知徹底を図る。

第５条　院内感染対策マニュアル

別紙､院内感染対策マニュアルに沿って､手洗いの徹底など感染対策に常に努める。

第６条　患者への情報提供と説明

(1) 本指針は、患者又は家族が閲覧できるようにする。

(2) 疾病の説明とともに、感染防止の基本についても説明して、理解を得た上で、協力を求める。

第７条　その他の医療機関内における院内感染対策の推進

(1) 感染制御に関する質問は、日本感染症学会施設内感染対策相談窓口（厚生労働省委託事業）にＦＡＸ（03-3812-6180）で質問を行い、適切な助言を得る。また、昨年の質問と回答が同学会ホームページに掲載されているので、活用する。

http://www.kansensho.or.jp/sisetunai/index.html

(2) その他、医療機関内における院内感染対策を推進する。

院内感染防止対策委員会　議事録（例）

開 催 日	平成　　年　　月　　日　　曜日
開催時間	時　　分 ～　　時　　分
出 席 者	院長（出・欠）、看護師長（出・欠）、薬局長（出・欠） 事務長（出・欠）
議　　題	１．感染情報レポートの確認について ２．感染症対策について ３．その他 ４．
協議内容	１．院内感染状況の感染情報レポートによる確認 ・検査課より報告。 ＭＲＳＡの新規検出分については、他病院からの転院の持込みのみ。 多耐性緑膿菌の検出はなし。 ○病棟に、ＭＲＳＡ検出患者が多いように見えるが、消失・検出を繰り返す患者分である。 ・インフルエンザは新たな発生なし。今期はA型の検出が多くなっている。 ２．感染症対策 ・病棟看護師等に対し、手洗いの励行を徹底するよう、業務連絡文書で周知を行う。 ３．その他 ・特になし
次回開催予 定 日	平成　　年　　月　　日　　曜日　　時 ～
場　　所	

感染情報レポート（例）

年　　月　　日（　曜日）～　　年　　月　　日（　曜日）＜　　年　月　第　週＞

今週の院内感染者の有無	有り　・　　無し

「有り」の場合、以下に対象者を記載

作成者　　（　　）課　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者氏名	病室	各種細菌の検出状況	検出日	薬剤感受性成績

院内感染対策マニュアル

1．手指衛生

(1) 個々の患者のケア前後に、石鹸と流水による手洗いか、アルコール製剤による擦式消毒をおこなう。
(2) 使い捨て手袋を着用してケアをする場合の前後も、石鹸と流水による手洗いか、アルコール製剤による擦式消毒をおこなう。
(3) 目に見える汚れが付着している場合は必ず石鹸と流水による手洗いをおこなうが、そうでない場合は、擦式消毒でも良い。

2．手袋

(1) 血液/体液には、直接触れないように作業することが原則である。血液/体液に触れる可能性の高い作業をおこなうときには、使い捨て手袋を着用する。
(2) 手袋を着用した安心感から、汚染した手袋でベッド、ドアノブなどに触れないよう注意する。
(3) 使い捨て手袋は患者（処置）ごとの交換が原則である。やむをえずくり返し使用する場合には、そのつどアルコール清拭が必要である。

3．個人的防護用具 personal protective equipments（PPE）

(1) 患者と濃厚な接触をする場合、血液/体液が飛び散る可能性のある場合は、PPE（ガウンまたはエプロン、ゴーグル、フェースシールドなどの目の保護具、手袋、その他の防護用具）を着用する。

4．医用器具・器材

(1) 滅菌物の保管は、汚染が起こらないよう注意する。汚染が認められたときは、廃棄、あるいは、再滅菌する。
(2) 滅菌済器具・器材を使用する際は、無菌野（滅菌したドレープ上など）で滅菌手袋着用の上で取り扱う。
(3) 非無菌野で、非滅菌物と滅菌物とを混ぜて使うことは意味が無い。

5．リネン類

(1) 共用するリネン類（シーツ、ベッドパッドなど）は病院の洗濯条件(熱水消毒)で再使用する。
(2) 熱水消毒が利用できない場合には，次亜塩素酸ナトリウムなどで洗濯前処理する。

6．血管内留置カテーテル関連感染対策

(1) 高カロリー輸液を調製する作業台は、アルコールなどの消毒薬にて清潔な環境とする。
(2) 混合調製した輸液製剤は 24 時間以内に使用する。
(3) 刺入部の皮膚消毒は、10w/v%ポビドンヨード、0.5w/v%クロルヘキシジンアルコールまたは 0.1～0.5w/v%グルコン酸クロルヘキシジンを使用し、消毒薬をふき取らず、消毒後は 2～3 分間時間を置いてから刺入する。
(4) 刺入操作は、滅菌手袋と清潔なガウンを着用して無菌操作でおこない、大き目の覆布を使用し、マスク、キャップなどのマキシマルバリアプリコーションが望ましい。

(5) 血液および血液製剤は、4 時間以内に投与し、脂肪乳剤は 12 時間以内に投与する。投与後の輸液ラインの交換は 24 時間以内におこなう。
(6) 輸液ラインは、クローズドシステムが望ましく、三方活栓の使用は控えるのが望ましい。
(7) 輸液ラインの交換は、４－７日に一回程度が望ましい。
(8) 側注する場合の注入口の消毒は、アルコール綿の使用が望ましい。
(9) 皮膚刺入部のドレッシングは透明フィルムが望ましく､1 週間に一回の交換でよい。滅菌ガーゼの場合は、２日に一回は交換しなければならない。

７．尿路カテーテル関連感染対策

(1) 尿路カテーテル挿入部を、シャワーや洗浄で清潔に保つことが重要である。
(2) 尿路カテーテルの挿入は無菌操作でおこない、無理な挿入はおこなわない。
(3) 閉鎖式導尿システムを選択し、尿バッグは尿が逆流しないように膀胱部より低い位置に固定する。

８．消化管感染症対策

(1) 糞便－経口の経路を遮断する観点から、手洗いや手指消毒が重要である。
(2) 糞便や吐物で汚染された箇所の消毒が必要である。
(3) 床面等に嘔吐した場合は、手袋、マスクを着用して、重ねたティッシュで拭き取り、プラスチックバッグに密閉する｡汚染箇所の消毒は､次亜塩素酸ナトリウムを用い、平滑な表面であれば、５%溶液の５０倍希釈液を、カーペット等は１０倍希釈液を用い、１０分間接触させる。
(4) 汚染箇所を、一般用掃除機（超高性能フィルターで濾過排気する病院清掃用掃除機以外のもの）で清掃することは、汚染を空気中に飛散させる原因となるので、おこなわない。

９．患者隔離

(1) 空気感染する感染症では、患者を換気扇の付いた個室に収容する。
(2) 飛沫感染する感染症では、患者を個室に収容するのが望ましい。個室に収容できない場合には、患者にサージカルマスクを着用してもらうか、または、多床室に集団隔離（コホート看護）する。 多床室においては、カーテンの活用を考慮する。
(3) 接触感染する感染症では、技術的隔離を原則とし、交差汚染を起こさないよう十分注意をする。汚染が飛散する危険性のあるときは、個室隔離等も考慮する。
(4) MRSA 感染対策については別にマニュアルを作成する。

10. 感染症発生時の対応

(1) アウトブレーク（集団発生）あるいは異常発生が考えられるときは、速やかに対処する。
(2) 病棟閉鎖の必要が生じた場合は、迅速に処理する。

11. 抗菌薬の適正使用

(1) 対象微生物と対象臓器の組織内濃度を考慮した適正量の投与をおこなう。
(2) 分離細菌の薬剤感受性検査結果に基づく抗菌薬選択をおこなう。
(3) 細菌培養等の検査結果を得る前でも必要な場合は、経験的治療 empiric therapy をおこなわなければならない。

(4) MRSA、バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）、多剤耐性緑膿菌（MDRP）など特定の多剤耐性菌を保菌していても、無症状の症例に対しては、抗菌薬の投与による除菌はおこなわない。

12. 予防接種

(1) 予防接種が可能な感染性疾患に対しては、接種率を高めることが最大の制御策である。

(2) ワクチン接種によって感染が予防できる疾患（Ｂ型肝炎、麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎、インフルエンザ等）については、適切にワクチン接種をおこなう。

(3) 患者／医療従事者共に必要なワクチンの接種率を高める工夫をする。

13. 医薬品の微生物汚染防止

(1) 血液製剤（ヒトエリスロポエチンも含む）や脂肪乳剤（プロポフォールも含む）の分割使用をおこなってはならない。

(2) 生理食塩液や５％ブドウ糖液などの注射剤の分割使用は、原則としておこなってはならない。もし分割使用するのであれば、冷所保存で２４ 時間までの使用にとどめる。

(3) 経腸栄養剤の投与セットには、使用のつどの消毒または乾燥が必要である。

初版　平成１９年7月1日

【有床診療所】

ＭＲＳＡ院内感染対策マニュアル

平成１９年７月

○○○○医院

１．保菌者対策

(1) 易感染性患者でない患者が保菌者の場合

保菌者のベッドは、易感染性患者と極力離れた位置に配置するとともに、医療従事者は患者と接触する前後に、手洗い、手指消毒を行う。

(2) 易感染性患者が保菌者の場合

上記と同様であるが、易感染性患者では深部感染を引き起こす可能性があり、以下の処置を行って除菌を試みる。除菌の判定としては、処置の中止後１～２週間の間に３回以上､ＭＲＳＡの培養が陰性となった場合を指標の１つとする｡なお、ＭＲＳＡは特別な処置をしなくても消失することがあるので、起因菌となっていなければ治療は行わない。

≪保菌部位別処置≫

鼻腔：ヨ－ド過敏症がなければ、イソジンを鼻腔前庭に１日２回塗布し、イソジンによるうがいを１日３回実施する。

咽頭：イソジンによるうがいを１日３回実施する。

皮膚：イソジンや消毒用エタノ－ル等で、洗浄や清拭を行う。

尿路：膀胱留置カテ－テルを抜去して、間欠的導尿に切り替えることが有効なことがある。

(3) 医療従事者が保菌者の場合

保菌状態にある鼻腔に触れたものは確実に汚染されるため、鼻腔にわずかでも触れたものは確実に消毒、または破棄しなければならない。鼻腔内ＭＲＳＡ保菌状態にある医療従事者の勤務に際しては、以下の事項に注意する。患者に接する前には、必ず手洗いと手指消毒を行う。マスクの着用は手指が鼻腔に触れることを防止する上で意味がある。鼻腔に触れるタオル等は個人専用とし共有しない。手指が鼻腔および鼻周囲にふれた場合は、必ず手洗い、手指消毒を行う。易感染性患者との接触は極力避ける。

２．発症患者対策

表層感染患者については、一般的に前述の保菌者と同様に扱う。また、深部感染患者や褥瘡の患者については、菌排出の量が多く周囲を汚染する危険が大きいことから、前述の保菌部位別処置や感染症に対する治療に加えて隔離を必要とする場合がある。

≪隔　離≫

感染力を有する患者等を一定の場所に他の患者から隔離することで、感染力を有する患者から他人への感染を防止する目的で行う感染源隔離と、感染に対する易感染性患者を感染から守る目的で行われる防御(予防)隔離、あるいは逆隔離とがある。ＭＲＳＡ発症患者が発生した場合には、これからの感染源隔離と逆隔離の組合せを患者の状態や病棟の運営状況をみて臨機応変に行う必要がある。

(1) 入院の場所

可能な限り個室を使用する。

個室隔離が不可能な場合は、大部屋に複数の発症患者を収容することも止むを得ない。

(2) 隔離解除の判定基準

治療の中止後１～２週間の間に３回以上ＭＲＳＡの培養が陰性となった時点が隔離解除の１つの基準として考えられる。隔離解除後も追跡検査が必要である。

(3) 患者、家族への説明と同意

ＭＲＳＡ感染の特殊性、隔離の必要性、隔離中の注意事項等を患者や家族に十分に説明し、理解と同意を得なければならない。

(4) 隔離病室のセッティング

手指及び処置器具の消毒薬を準備する。バイタルサインのチェックなどに必要な物品は、すべて隔離病室専用として準備する。その他、個々の患者の病状により必要な物品すべてを隔離病室専用として準備する。不必要な物品は持ち込まない。

(5) 入退室時及び病室内での注意事項

入室時には手指の消毒をする。室内では必要以上に器具等に触れないようにし、必要に応じて手袋を用意する。診察処置後の手袋は室内のゴミ箱に捨てる。

(6) 当該患者の回診は、最後に行う。

≪転院時と退院時の注意事項≫

ＭＲＳＡ患者が転院する際や退院した後、他の医療機関に入院する場合には相手の病院にＭＲＳＡ患者であることを連絡する。患者や家族には、退院後の注意事項について説明する。

３．患者家族の協力

ＭＲＳＡの院内感染を防止するためには、患者家族の協力も重要な要素であり、保菌者や発症患者の家族には十分な説明を行って理解を求め、家族が保菌者となりＭＲＳＡ伝播の原因とならないように、隔離患者の病室入出時には手指消毒を行い、帰宅時にうがいと手洗いを行うように協力を要請する。

４．ＭＲＳＡによる汚染物への対策

≪院内環境≫

整頓、清掃、汚染物処理などの基本的な対策を行う他、病室に患者の身の周り品を不必要に持ち込むことは、微生物汚染の原因となるので避けるべきである。

≪病室の消毒≫

ＭＲＳＡ発症患者が使用した病室は、以下の方法で消毒を行う。消毒薬としては、オスバン、エタノール、ハイポライト１０を用いる。清掃にあたっては、上記の消毒薬をモップや雑巾に浸して、拭布に十分に吸着させ、清拭する。

≪ＭＲＳＡ汚染されたリネン類、寝具類の消毒≫

布団、マットレスのように丸洗いできない物は、汚染部位を消毒用エタノールで拭き取り、乾燥させる。衣類は必要に応じてハイポライト１０につけて洗濯し乾燥する。枕カバー、シーツ類、病衣は特別袋に入れ、ＭＲＳＡと明記して洗濯業者に出す。

≪器具、器械≫

器具、器械の清潔を保つように心がけ、可能な限り感染者専用あるいはディスポとする。器具の取扱には十分注意し、破損や汚染により、取扱者自身や後処理の担当者に汚染や刺傷が起こらないように注意する。

(1) 滅　菌

汚染器具をハイポライト１０容器に入れ、オ－トクレ－プ、またはエチレンオキサイドガスで滅菌する。

(2) 消　毒

浸漬できない器具、器械、ベッドなどはゴム手袋を着用し、雑巾に消毒液を含ませ軽くしぼって物体表面を拭き取る。ベッド枠や患者の体の直接触れる部分は、オスバン、消毒用エタノ－ルなどで清拭する。カテ－テル等の内腔を有する器具や、内視鏡などの管状の器械は灌流法により消毒する。

５．手洗い

ＭＲＳＡ対策として特別の手洗い方法はなく、一般的な手洗いで十分である。なお、医療従事者は、病院に出勤して診療を始める前や診療が終わって、病院を出る前の手洗い励行に留意する必要がある。

≪一般的な手洗いの方法≫

石鹸を用い、流水で２０秒以上の手洗いが基本である。流水による手洗いが不可能な場合は、アルコ－ル綿による手指消毒、または手指が清潔であれば、ウエルパスの皮膚消毒薬を手指にすり込む。

初版　平成１９年７月１日

【有床診療所】

医薬品の安全使用のための
業務に関する手順書

平成１９年７月

○○○○医院

当院の「医薬品業務手順書」を策定し医薬品の安全使用の徹底を図る。

１．医薬品の採用

１－１採用医薬品の選定

(1) 採用の際には、以下の点を検討し、採用の可否を決定する。

①安全性

・薬剤の特性

用法・用量、禁忌、相互作用、副作用、保管・管理上の注意、使用上の注意に関する問題点

・安全上の対策の必要性

安全上の対策の必要性とその具体的内容（使用マニュアル、注意事項の作成等）

(2) 取り間違い防止

①採用規格

・一成分一品目（一規格）を原則とし、採用医薬品数は最低限とする

・同種同効薬と比較検討する

・一成分一品目（一規格）の原則に外れる場合、採用の可否と対応策を検討する

②名称類似品、外観類似品（後発医薬品も含む）

・名称類似品、外観類似品の採用は回避する

頭文字３文字、語尾２文字あるいは頭文字と語尾の一致する採用医薬品の有無の確認をする

包装や容器、薬剤本体（色調、形、識別記号等）の類似した既採用医薬品の有無の確認をする

・採用医薬品の他製品への切り替えを検討する

③小包装品等の採用

充填ミスを防止するため、充填の必要のない包装品（散剤・注射剤等）を採用する

１－２採用医薬品情報の作成・提供

(1) 採用医薬品集を作成し、定期的な見直し・増補を行う

(2) 新規採用医薬品に関する情報提供を行う

２．医薬品の購入

２－１医薬品の発注

(1) 医薬品の発注の際には、以下の内容を伝える。

・ 商品名、剤形、規格単位、数量、包装単位、メーカー名

(2) 発注した品目と発注内容を記録する。

２－２入庫管理と伝票管理

(1) 発注した医薬品は、以下の項目について検品を行う。

・商品名、剤形、規格単位、数量、包装単位、メーカー名、使用期限年月日

・発注記録との照合（JAN コードの照合等）をおこなう

(2) 規制医薬品（麻薬、覚せい剤原料、向精神薬（第１種、第２種)、毒薬・劇薬）は、

以下のように管理する。
・薬事法並びに麻薬及び向精神薬取締法の遵守
・商品名、数量、製造番号と現品との照合を行い、納品伝票等を保管する
・麻薬、覚せい剤原料については譲渡証の記載事項及び押印を確認し、２年間保管する

(3) 特定生物由来製品の管理
・納品書を保管し、製剤ごとに規格単位、製造番号、購入量、購入年月日を記載して管理する

(4) 特に安全管理が必要な医薬品（要注意薬）の検品
・医薬品名、名称類似、外観類似、規格違いに注意する

３．調剤室における医薬品の管理

３－１保管管理

(1) 医薬品棚の配置
・類似名称、外観類似の医薬品がある場合の取り間違い防止対策をおこなう
・同一銘柄で複数規格等のある医薬品に対する取り間違い防止対策をおこなう
・規格濃度、剤形違い、記号違い等

(2) 医薬品の充填
①医薬品の補充や充填時の取り間違い防止対策をおこなう。
・注射薬の医薬品棚への補充、散薬瓶、錠剤自動分包機への充填時等
・複数人による確認

(3) 規制医薬品（麻薬、覚せい剤原料、向精神薬（第１種、第２種)、毒薬・劇薬）
①麻薬及び向精神薬取締法、薬事法等の関係法規の遵守
・法令を遵守した使用記録の作成・保管をおこなう
②適切な在庫数・種類の設定をおこなう
③定期的な在庫量の確認をおこなう
④他の医薬品と区別した保管、施錠管理をおこなう
⑤盗難・紛失防止の措置をおこなう

(4) 特定生物由来製品
①使用記録の作成、保管をおこなう
・患者 ID、患者氏名、使用日、医薬品名（規格、血液型も含む)、使用製造番号、使用量
・２０年間保存

(5) 特に安全管理が必要な医薬品（要注意薬）
①他の医薬品と区別した管理
・注意喚起のための表示、配置場所の区別、取り間違い防止の工夫等をおこなう
②必要に応じた使用量と在庫量の記録

３－２品質管理

(1) 品質管理

①有効期間・使用期限の管理をおこなう
・定期的な有効期間・使用期限の確認（特にワクチン）
・有効期間・使用期限の短い医薬品から先に使用する工夫（先入れ先出し等）
②医薬品ごとの保管条件の確認・管理をおこなう
・温度、湿度、遮光等に関する医薬品ごとの保管条件の確認（凍結防止など）
・保管場所ごとの温度管理、湿度管理
・可燃性薬剤の転倒防止・火気防止
③必要に応じた品質確認試験の実施をおこなう
・不良品（異物混入、変色）発見時の対応、回収手順等

(2) 処置薬（消毒薬等）
①定期的な有効期間・使用期限の管理をおこなう
・開封後期限、調製後期限、開封日の記載
②開封後の保管方法
・変質、汚染等の防止対策、定期的な交換、つぎ足しの禁止等

４．外来患者への医薬品使用

４－１患者情報の収集・管理・活用

(1) 患者情報の収集・管理をおこなう
・患者の既往歴、妊娠・授乳、副作用歴・アレルギー歴
・小児、高齢者の年齢、体重
・他科受診、他剤併用（一般用医薬品、健康食品を含む）
・嗜好（たばこ、アルコール等）など

(2) 患者情報の活用をおこなう
・診療録等への記録
・必要に応じた患者ごとの薬歴管理の実施
・患者情報（禁忌医薬品名等）を施設間あるいは職種間で共有する仕組みの構築（お薬手帳の活用など）

４－２検査・処置における医薬品使用

(1) 指示出し・指示受け、実施方法の確立
・緊急の場合以外は口頭指示を避ける
・口頭指示を行った場合、指示した医師は指示簿等に記録を残す
・医薬品の名称、単位、数量を伝える方法の確立（略号を使わない、復唱するなど）
・指示者、指示受け者の明確化
・指示の実施者は必要に応じて署名を行う

(2) 医薬品使用前の確認
・医薬品、対象患者、使用部位

(3) ショック時の対応
・ショック時に使用する救急医薬品の配備等をおこなう

４－３処方

(1) 正確な処方せんの記載

①必要事項の正確な記載

・患者氏名、性別、年齢、医薬品名、剤形、規格単位、分量、用法・用量等

・名称類似等に注意し判読しやすい文字で記載

(2) 単位等の記載方法の統一

・１日量と１回量

・mg と mL、mL と単位、g とバイアル等

・散剤、水剤、注射剤の処方時は濃度（%）まで記載

・散剤を主薬量（成分量）で記載する場合はその旨を明記

・１Ｖ（バイアル)、１Ｕ（単位)、１Ｖ（静脈注射）など、誤りやすい記載を避ける

(3) 処方変更時の説明

・変更内容の患者への説明

初版　平成１９年７月１日

【有床診療所】

医療安全管理対策マニュアル

1.輸　　血、　2.輸　　液、　3.薬剤投与、　4.検　　査

5.感　　染、　6.医療機器、　7.外　　来、　8.病　　棟

9.褥　　瘡、　10.給　　食、　11.清　　掃

平成１９年７月

○○○○医院

1．輸　血

１－１輸血用血液の申込み・患者血液の採血

(1) 輸血用血液申込時に患者名、血液型を再度確認する
(2) 患者の検査用血液の採血時には患者名を確認し、採血日、患者名を記入する
(3) 血液型は患者の申告ではなく、必ず検査を実施する
(4) 輸血用血液はリーダーが申込む

１－２輸血の説明と選択

(1) 輸血前に患者に承諾を得た上で**輸血同意書**に署名をもらう
(2) 同意が得られない場合は、文書で確認する

１－３輸血用血液バッグの誤認

予　防

(1) カルテ記載の氏名、血液型を照合する
(2) 輸血前に、患者名、血液バッグ表示の血液型、有効期限を確認する
　　２人の看護師が確認し交差試験報告用紙に確認済みのサインをする
(3) 輸血開始後１５分間は患者の状態を観察する

対　処（不適合輸血時）

(1) 輸血を直ちに中止し、製剤をなるべく無菌的に保管する
(2) 生理食塩水を開始し、1㎖/kg/hr 以上の尿量を確保する
(3) 採血して血液型の再確認を行い、溶血や DIC に関する検査を行う
(4) 院長に直ちに連絡する

１－４輸血用血液への補液混合

(1) 生理食塩水以外の輸液は混合しない
(2) ダブルルーメン、トリプルルーメンのライン使用時においても、薬剤の同時点滴はできるだけ避ける

１－５血液型判定と交差適合試験

(1) 血液型判定は、おもて検査、うら検査を行う（三菱化学へ依頼）。
(2) 赤血球輸血の場合は生食法、酵素法で交差適合試験を行う
(3) 患者または家族の申告した血液型は参考程度に留める。患者、家族の申告した血液型と検査結果とが異なるときは患者と家族によく説明する

２．点滴・注射

２－１点滴・注射調製時の薬剤誤認

予　防

(1) 調製する時間と点滴予定時間に余裕をもつ。急いで混合すると誤認・誤調製の危険性がある
(2) 量や内容に疑問がある場合は、院長に確認する
(3) 指示簿に従って、患者毎に点滴ボトル、注射薬剤、溶解液、輸液チューブ、輸液針などを用意する

(4) 点滴ボトル（バッグ）に患者の氏名をマジックで記載する
(5) 混合中に変化（白濁など）が起きた場合、院長に確認する
(6) 輸液した場合には、看護記録に記載する

対　処

(1) 調製直後に、誤調製に気付いたときは、新たに調製を行う
(2) 施用前の段階で、誤認・誤調製に気付いた場合、その分だけの誤調製か、他の混合薬剤との誤認か確認する
(3) 誤調製の場合及び他の分との誤認で未施用の場合は、新たに調製する
(4) 施用中の場合、直ちに点滴を止めるか、或いはルートを抜去する

２－２点滴施行時の点滴ボトル誤認

予　防

(1) 同時に２人以上の点滴を行わない
(2) 点滴ボトルに記載された氏名と患者を照合して確認する。同姓同名患者が入院している場合には特に注意する
(3) 穿刺部位を考慮する。下肢に点滴するときは、血栓性静脈炎が発症し易いことに注意する
(4) 点滴・注射速度を確認する
(5) 点滴漏あるいは気分が悪いなどの症状が起きた時には、看護師に直ちに連絡するように依頼する
(6) 輸液開始後の数分間は患者の状態を観察する

対　処

(1) 直ちに、点滴を止めるか、あるいはルートを抜去する
(2) 既に注入した薬剤の量をチェックする
(3) 患者に誤認を説明し、精神的不安を取り除く
(4) ショックなどに速やかに対処する
(5) 点滴ボトル（バッグ）の誤認時には、誤認した別の患者もチェックする

２－３非経静脈的投与薬（経腸栄養）のミス

予　防

(1) 経腸栄養バッグ（注射器）などに、患者の氏名をマジックで記載する
(2) バッグに記載された患者名を本人と照合。不可能なときは、患者家族に確認する
(3) 注入口付近にチューブ名を書いたテープを確認する
(4) 注入速度を確認する
(5) 気分が悪くなった時は、看護師に直ちに連絡するよう依頼する

対　処

(1) ルート誤認の場合にはショック、ＤＩＣが起こることを予測して、処置を行う
(2) ショック、ＤＩＣが見られないときも、バイタルサインを頻回にチェックする
(3) 院長に直ちに連絡する

２－４在宅自己注射用ディスポ注射器・注射針の取扱い

(1) 在宅自己注射開始前に針刺し事故の危険性について患者に十分指導する

(2) 使用済み針は持参させ、当医院で廃棄する

3．投　薬

3－1投薬ミス

(1) カルテあるいは処方箋に記載された量との照合を行う
(2) カルテあるいは処方箋と薬袋中の薬剤の確認は２人で行う
(3) 形状、色、名前などが似ている薬剤については、確認を綿密に行う
(4) 不審、不明な点があれば、院長に問い合わせる
(5) 調剤者はカルテあるいは処方箋にサインする

3－2渡し忘れ

(1) 薬袋が数袋に分かれていたり、丸まっていたりすると見落とす危険性があるので同一患者の薬袋は輪ゴムでまとめておく
(2) 個々の患者のカルテあるいは処方箋により、確認する
(3) 入院患者に与薬した時はカルテに記載する

3－3患者誤認

(1) 同姓同名の場合には住所や年齢で区別する
(2) カルテ等に同姓同名者がいることを表示する

3－4麻薬の管理

(1) 内服薬、注射薬の取扱いに準じて、慎重に管理する。
(2) 内服薬、注射薬ともに麻薬専用の金庫に保管する。
(3) 紛失や破損が起こらないように、施用直前まで金庫内に保管する。
(4) 麻薬施用の指示、連絡は確実に行い、カルテ、施用簿（受払簿)、等に施用日時、数量を記載する。
(5) なお、**ソセゴン注**を使用した場合には使用台帳に記載する。

4．　検査関連

4－1患者とのトラブル

(1) 検査に対する説明は分かり易く行う
(2) 患者に対する精神的配慮を忘れず、声掛けを行う
(3) 患者の状態を十分把握し、患者急変時の対応を整えておく
(4) 安全に検査が行われるように環境を整える

4－2検体の取り扱いに関するトラブル

(1) 採取された検体は慎重に取り扱い、破損や紛失に注意する
(2) 検査伝票や検体ラベルの患者名、登録番号に誤りがないかを必ず確認する

4－3患者接遇におけるトラブル

予　防

(1) 検査手順を説明して不安を取り除く

対　処

(1) 患者の気分が悪くなった場合には、安静を指示して直ちに院長に連絡する。特に生理検査中は患者の状態の変化に注意する

４－４患者の感染

(1) 機器、器具の清拭及び消毒を行う
(2) 可能であればディスポーザブル器具類を使用する
(3) 検者手洗いを励行する

４－５検体の取り違え

(1) 検体ラベルの氏名の確認を行う
(2) 生検した場合には、個数の確認を行う

５．感染（院内感染・業務感染）

５－１院内感染

院内感染の原因となる感染症には薬剤耐性菌（MRSA、多剤耐性緑濃菌など）による感染症、血液媒介型感染症（HIV、HB、HC、HTLV、梅毒など)、市中感染症（結核、法定伝染病、風邪症候群など）などがあり、それぞれの感染経路に応じた対策が必要である。

予　防

(1) 院内感染予防の基本である手洗い、マスク・ガウンの着用、環境の整備を行う
(2) 院内感染に関する詳細は、**院内感染対策マニュアル**を参照する
院内感染対策委員会は、院長、リーダー、事務長で構成し、定期的な分離菌と患者に関して報告書を作成する
(3) 感染性廃棄物は指定された容器に廃棄する

対　処

(1) 届け出義務のある感染症が確認された場合には、定められた期間内に指定された公的機関に届け出る
(2) 結核は、感染症法の規定により、院長を通して所定の様式で保健所長に届け出る

５－２業務感染

業務感染の代表は針刺し事故である

予　防

(1) 採血、注射後にはその針に再度キャップをしない（リキャップをしない）
(2) 針を捨てる場合には必ず針専用の容器に捨てる

対　処

(1) 事故発生時には針を使用していた患者の感染の有無を確認し、確認された感染源に応じて免疫グロブリンの投与などの処置を行う
(2) 医療従事者への結核感染が発生した場合には、院長を通して所定の様式で保健所長に届け出る

６．医療機器

(1) 医療機器の定期点検整備を行う
(2) 機器の異常を認めた場合には、関係者に衆知させるとともに直ちに修理する

７．外来関係

７－１患者接遇

(1) 氏名を呼んで入室を要請する
(2) 入室後にカルテをチェックし、氏名、住所、カルテ番号などによって本人かどうかを確認する
(3) 難聴者の場合や同姓同名患者の場合には特に注意する
(4) ヨードアレルギーや喘息の有無、ショックの既往などについては十分問診する
(5) 禁忌薬の有無、妊娠の可能性についても十分問診する
(6) 電話による相談を受けた場合には、必ずカルテにその内容を記録する

７－２事故の予防・対処

(1) 外来での急変に対応できるように、緊急薬品、医療機器を常備しておく
(2) 患者の誤認や薬剤のミスがあった場合は、直ちに院長に連絡して誤投与を防止する
(3) 調剤で処方内容に疑義を生じた場合は、直ちに院長に連絡する
(4) 筋肉注射の場合は神経穿刺に伴う放散痛がないかどうかを確認する
(5) 静脈注射、点滴の終了時は十分な圧迫と止血の確認を行う
(6) 循環作動薬など微量点滴を行う場合は輸液ポンプやシリンジポンプを使用し、シリンジには薬品名を記入する

８．病 棟

８－１患者接遇

(1) 同姓同名患者をリストアップし、患者誤認事故を防止する
(2) ヨードアレルギーや喘息の有無、ショックの既往、禁忌薬の有無、妊娠の可能性などについては十分問診する
(3) 難聴者や発声障害者など、意思伝達が困難な患者をリストアップする
(4) 転倒やベッドからの転落の可能性のある患者に対しては十分監視する
(5) 患者の容態急変に備えて、２４時間対応可能な家族の連絡先を確認しておく

８－２事故の予防・対処

(1) アレルギー、禁忌薬、感染の有無に関してはカルテに記載する
(2) 同姓同名患者がいる場合は、注意を促す
(3) 難聴者や発声障害者に対しては、確実な意志の疎通を図るよう努力する
(4) 薬剤を投与する場合には、薬剤の効能や副作用の説明を十分行う
(5) 静脈注射や点滴を行う場合には事前にその内容を通知し、投与開始後何か自他覚症状に変化があれば報告するよう説明する
(6) 筋肉注射の場合には神経穿刺に伴う放散痛がないかどうかを確認する
(7) 静脈注射、点滴の終了時に十分な圧迫止血を確認する
(8) 点滴速度を確認する（特に循環作動薬の場合には注意）
(9) 輸血に関する事故防止対策は別項に準じる

(10)医療事故発生時には、直ちに院長に報告する
(11)高齢者のベッドからの転落に備えてベッド柵の使用を確実に行う

９．褥 瘡

(1) 入院時に自立度を判定し、治療計画に記載する
(2) 褥瘡がある場合、予想される場合には治療計画を立てる
(3) リーダーと事務長は**褥瘡対策の状況に関するレポート**を定期的に作成し、院長に報告する
(4) 褥瘡マットは用意してある

10. 給 食

(1) 食中毒発生には十分注意する
(2) 調理室内と調理器具は清潔に保つ

11. 清 掃

(1) 院内の清掃だけでなく、敷地内の整備に努める
(2) 床の滑りやすさなどに注意し、転倒事故が起こらないようにする